ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εισήγηση Μπογιατζίδη Παναγιώτη στο Επιμορφωτικό Σεμινάριο

Π.ΙΝ.ΕΠ με τίτλο Management Υπηρεσιών Υγείας

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η εισαγωγή νέας και δαπανηρής βιοιατρικής τεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και οι αυξημένες απαιτήσεις των καταναλωτών για τις υπηρεσίες υγείας είχαν αποτέλεσμα την αύξηση της συνολικής εθνικής δαπάνης για την υγεία.

Ακόμα διαπιστώθηκε εμφανής ανισορροπία μεταξύ των διατιθέμενων ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων για την παραγωγή ιατρικής φροντίδας και των αποτελεσμάτων στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Δεδομένου ότι οι πόροι είναι περιορισμένοι, η επιστήμη των οικονομικών της υγείας καλείται να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της κατανομής των πόρων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας δε ζητούνται αυτοδικαίως. Αυτό που επιδιώκουν πραγματικά όσοι χρησιμοποιούν φροντίδα υγείας είναι βελτιώσεις στην ίδια την υγεία τους. Η φροντίδα υγείας φαίνεται τελικά χωρίς νόημα αν δεν ιδωθεί υπό το πρίσμα της επιθυμίας των ατόμων για τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της δικής τους υγείας ή αυτής των οικογενειών τους.(Ecoman 1993)

Η παραδοσιακή αντίληψη θεωρεί την υγεία ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, προορισμός επομένως της ιατρικής επιστήμης είναι η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας (Δοξιάδης Σ., 1988). Σύμφωνα με αυτήν την θεώρηση το θέμα της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας εξαντλείται στην μελέτη της νοσηρότητας. Ωστόσο κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις μετά την λήξη του 2ου παγκόσμιου πολέμου οδήγησαν στην σύγχρονη αντίληψη που θεωρεί την υγεία όχι μονάχα ως απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 1958).

Παρά ταύτα, υπό την πίεση και των κοινωνικών κινημάτων της εποχής, ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να διορθώνεται στα χρόνια που ακολούθησαν. Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας “να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον”. Η υγεία σ’ αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως “ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα”.

Συνοπτικά, και με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας περικλείει τρεις συνιστώσες:

α - τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,

β - την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,

γ - την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

2.Φροντίδα Υγείας.

Η φροντίδα της υγείας σχετίζεται με την τελευταία διάσταση της υγείας, την απουσία αρρώστιας και αναπηρίας. Η φροντίδα Υγείας επεμβαίνει σε αυτή την κατεύθυνση είτε με την πρόληψη είτε με την θεραπεία και την αποκατάσταση. Επιπλέον η φροντίδα υγείας δεν είναι ο μόνος συντελεστής που επηρεάζει την υγεία. Επίσης, η μικρή χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι η μόνη εξήγηση για τις αρρώστιες : η φτώχια, η άγνοια, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η μόλυνση και οι επιβλαβείς τρόποι ζωής συνήθως παίζουν ένα σημαντικό ρόλο.

Τα οικονομικά της Υγείας δεν χρειάζεται να περιορίζονται μόνο στην οικονομία της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος των οικονομικών μπορεί να είναι πιο ευρύς και πιο φιλόδοξος ως εργαλείο για την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας που επηρεάζουν την υγεία. Από την χρηματοδότηση των νοσοκομείων και υπηρεσιών μέχρι την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης(Κυριόπουλος 2003).

3. Ορισμός των Οικονομικών της Υγείας.

Η Οικονομική της υγείας είναι η επιστήμη που ασχολείται με την επιλογή, την αξιολόγηση και την κατανομή των περιορισμένων πόρων στο σύστημα υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, επιπλέον, η οικονομική της υγείας μας παρέχει πληροφορίες για το κόστος που επιβαρύνεται και το όφελος που αποκομίζει η κοινωνία από την παρούσα και μελλοντική κατανάλωση, παραγωγή και διανομή των περιορισμένων πόρων. Η οικονομία της υγείας όχι μόνο εξηγεί γιατί τα πράγματα είναι έτσι όπως είναι, αλλά επίσης προτείνει πως θα έπρεπε να είναι. Με άλλα λόγια, η οικονομία της υγείας σχετίζεται στενά με την ανάλυση του κόστους και του οφέλους που προκύπτει από τις αλλαγές στα υπάρχοντα πρότυπα κατανομής των πόρων και την αναζήτηση βελτιωμένων προτύπων

δηλαδή αυτών που επιτρέπουν μεγαλύτερα 'κέρδη' υγείας με το ίδιο η μικρότερο κόστος. (McGuire et al., 1988)

Η οικονομία της υγείας είναι αναντικατάστατο εργαλείο της πολιτικής υγείας. Οι μέθοδοι και οι ανακαλύψεις της μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους ιθύνοντες, στην προσπάθεια τους να προσδιορίσουν με σίγουρο τρόπο:

1. Ποιες υπηρεσίες θα παραχθούν;
2. Πόσοι από τους διαθέσιμους πόρους θα δεσμευτούν για την παραγωγή αυτών των υπηρεσιών;
3. Πως τελικά και με ποιους συνδυασμούς θα παραχθούν οι απαιτούμενες υπηρεσίες;
4. Που και πότε θα είναι διαθέσιμες οι υπηρεσίες.
5. Ποιος θα μπορεί να τις προμηθευτεί και να τις χρησιμοποιήσει

Επιπλέον, θεωρητικό υπόβαθρο της οικονομικής διάστασης που δόθηκε στον υγειονομικό τομέα αποτέλεσε η ευρείας αποδοχής αντίληψη τα τελευταία χρόνια, ότι το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξη της οικονομίας.

Η αύξηση των δαπανών υγείας αποτέλεσε τον κύριο λόγο ενασχόλησης της οικονομικής επιστήμης με τον υγειονομικό τομέα. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, ως απόρροια της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, της αύξησης της διάρκειας ζωής και της ανάπτυξης της βιομηχανίας παραγωγής ιατρικής τεχνολογίας.

Έχοντας στην εξέλιξη της ξεπεράσει την αρχική της ταύτιση με τη μελέτη της διαχείρισης των σπάνιων πόρων στον υγειονομικό τομέα, η επιστήμη των οικονομικών της υγείας επεκτάθηκε:

1. Στον εντοπισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού
2. Στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων της ασθένειας
3. Στην οργάνωση και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας

Ως εκ τούτου τα οικονομικά υγείας είναι απαραίτητα στην πολιτική υγείας, η οποία τα τελευταία χρόνια αντιμετώπιζε ολοένα και περισσότερα σύνθετα προβλήματα διαμόρφωσης ενός επαρκούς μίγματος φροντίδας υγείας.

Τα θεμέλια της οικονομικής επιστήμης βασίζονται σε τρία βασικά αξιώματα :

1. Οι διαθέσιμοι πόροι είναι σχετικά σπάνιοι συγκριτικά με τις ανθρώπινες ανάγκες και ακόμα περισσότερο με τις επιθυμίες
2. Οι πόροι έχουν εναλλακτικές, δηλαδή ανταγωνιστικές χρήσεις
3. Κάθε άτομο έχει διαφορετικές ανάγκες, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τη σχετική σημασία που τους αποδίδει ο καθένας, δηλαδή έχει διαφορετικές προτιμήσεις.

Το βασικό οικονομικό ζήτημα Μπορεί να διατυπωθεί σε τρεις ξεχωριστές δυνατότητες επιλογής που χαρακτηρίζουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης:

1. Η Πρώτη επιλογή αφορά το ποσό που πρέπει να καταναλωθεί για τις ιατρικές υπηρεσίες και την σύνθεση αυτών.
2. Η Δεύτερη επιλογή αφορά στην επιλογή της πιο αποδοτικής μεθόδου για την παραγωγή των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης
3. Η Τρίτη επιλογή αφορά στην επιλογή της μεθόδου για την διανομή των ιατρικών υπηρεσιών στον πληθυσμό. (Σουλιώτης ,2006)

4.Υγειονομικός τομέας και σύστημα υγείας

Με τους όρους *«υγειονομικός τομέας»* ή *«τομέας υγείας»* εννοούμε τόσο το σύνολο των δομών και υποδομών που έχουν σχέση με την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας (κτίρια, εξοπλισμοί και προσωπικό), όσο και το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο αυτός διέπεται, τις υπηρεσίες της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της ασφάλισης υγείας, της παραγωγής και εμπορίας φαρμάκων, τεχνολογικού και αναλώσιμου υλικού υγείας κ.λ.π. Πιο συγκεκριμένα στον υγειονομικό τομέα εντάσσονται:

- Οι υποδομές που παράγουν τις συμβατικές υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, οι οποίες μπορεί να ανήκουν στο κράτος (π.χ. νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ), στα ασφαλιστικά ταμεία (π.χ. πολυϊατρεία του ΙΚΑ), στην τοπική αυτοδιοίκηση (π.χ. δημοτικά ιατρεία), στην εκκλησία ή σε φιλανθρωπικά και κοινωφελή ιδρύματα (π.χ. Ερυθρός Σταυρός, ΠΙΚΠΑ) ή τέλος σε ιδιώτες (κλινικές, ιατρεία, ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, φαρμακεία κ.λ.π.).

- Οι υπηρεσίες, δημόσιες ή ιδιωτικές, που ασχολούνται με την εκπαίδευση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας (ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές, ΤΕΙ, ινστιτούτα κ.λ.π.).
- Οι νόμοι, τα προεδρικά διατάγματα και οι υπουργικές αποφάσεις που καθορίζουν τις προϋποθέσεις σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας.
- Οι οργανισμοί, οι εταιρίες και τα άτομα που παράγουν, εισάγουν ή εμπορεύονται κάθε είδος φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό, καθώς και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.
- Η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- Γενικά καθετί που άμεσα ή έμμεσα εμπλέκεται στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Με τους **όρους *σύστημα υγείας*** ή ***υγειονομικό σύστημα***, εννοούμε το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και, κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται.

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, το σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, δηλαδή η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Συνεπώς το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μόνο δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π. Υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ασφάλιση υγείας, η παραγωγή φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού κ.λ.π. δεν εντάσσονται στο σύστημα υγείας. Οι τελευταίες λειτουργούν με άλλους κανόνες και έχουν διαφορετικούς στόχους, οι οποίοι συχνά αντιμάχονται εκείνους του «οργανωμένου» υγειονομικού συστήματος. (ΕΠ ΚΤΠ Γ΄ΚΠΣ ,2001)

4.1 Στόχοι των υγειονομικών συστημάτων

Κοινός σκοπός της ύπαρξης των συστημάτων αυτών είναι η διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών, ενώ στους κοινούς στόχους περιλαμβάνονται επιγραμματικά και οι εξής:

- Επάρκεια και ισότητα στην πρόσβαση
- Προστασία του εισοδήματος του ασθενή
- Μακρο-οικονομική αποδοτικότητα
- Μικρο-οικονομική αποδοτικότητα
- Ελευθερία επιλογής στους ασθενείς
- Αυτονομία προμηθευτών (γιατροί και λοιποί προμηθευτές υπηρεσιών υγείας).

4.2 Τυπολογία των υγειονομικών συστημάτων

Η ταξινόμηση γίνεται με βάση δύο πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση και τον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών. Η χρηματοδότηση μπορεί να γίνεται εθελοντικά (από τους ανασφάλιστους ή εκείνους που έχουν ιδιωτική ασφάλιση) ή υποχρεωτικά (από το κράτος και την κοινωνική ασφάλιση), ενώ ο τρόπος πληρωμής των προμηθευτών μπορεί να γίνεται με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους α) από τον ίδιο τον ασθενή με δικά του χρήματα, β) από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος όμως στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον φορέα ασφάλισής του, γ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαλίζει τον ασθενή και μέσω των συμβάσεων που κάνει με τους προμηθευτές και δ) έμμεσα, από τον φορέα που ασφαλίζει τον ασθενή και μέσω ετήσιων προϋπολογισμών και μισθών που εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό σχήμα.

Από τον συσχετισμό των δύο τρόπων χρηματοδότησης με τους τέσσερις τρόπους αμοιβής των προμηθευτών μπορούν να προκύψουν οκτώ διαφορετικά μοντέλα υγειονομικής οργάνωσης ή οκτώ διαφορετικά υποσυστήματα υγείας. Στην πράξη όμως συναντούμε μόνο τα εφτά, αφού είναι εκτός λογικής και πολύ δύσκολα μπορεί να λειτουργήσει μοντέλο με υποχρεωτική ασφάλιση και συγχρόνως πληρωμή των προμηθευτών από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα εφτά διαφορετικά μοντέλα που απομένουν με βάση των ταξινόμηση αυτή παρατίθενται στη συνέχεια (ΕΠ ΚΤΠ Γ΄ΚΠΣ ,2001).

- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή
- Το εθνικό μοντέλο με συμβάσεις
- Το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις

- Το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το δημόσιο ολοκληρωμένο μοντέλο
- Το μικτό μοντέλο

4.3 Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας και Χρηματοδότηση

Στις αρχές του 20ού αιώνα αναπτύσσονται δύο βασικές μορφές κοινωνικής πολιτικής:

1. Στη Γερμανία το σύστημα Bismark..
2. Στην Αγγλία το σύστημα Beveridge.

Βασικές αρχές του πρώτου είναι:

- Η αυτοβοήθεια.
- Η αυτονομία.
- Η επιλεκτικότητα.
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών.

Στο δεύτερο σύστημα τα κύρια χαρακτηριστικά είναι:

- Η εξασφάλιση ελάχιστου επιπέδου εισοδήματος.
- Η αρχή της καθολικότητας.
- Χρηματοδότηση από φορολογικά έσοδα.

Από μια γενικότερη θεώρηση τα ευρωπαϊκά κοινωνικά υγειονομικά συστήματα ταξινομούνται σε τρεις ομάδες:

1. Κύρια χαρακτηριστικά της πρώτης ομάδας:

- Οι παροχές είναι συνάρτηση των εισφορών. Αυτές προέρχονται από εργοδότες, εργαζόμενους και ελεύθερους επαγγελματίες
- Ο τομέας υγείας χρηματοδοτείται από εισφορές.
- Ίση πρόσβαση από όλους στις παροχές.
- Υπηρεσίες Υγείας παρέχονται ταυτόχρονα και από τον ιδιωτικό τομέα (το κράτος
- μεταβιβάζει πόρους ή αγοράζει υπηρεσίες).
- Ο τομέας πρόνοιας χρηματοδοτείται από την φορολογία.

Οι χώρες που ανήκουν στην πρώτη ομάδα είναι:
Γερμανία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο,Ολλανδία, Γαλλία.

2. Κύρια χαρακτηριστικά της δεύτερης ομάδος:

- Βασική πηγή χρηματοδότησης είναι η φορολογία.
- Εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου εισοδήματος.
- Λειτουργούν Ε.Σ.Υ., με ελεύθερη πρόσβαση για όλους.
- Υπηρεσίες Υγείας κυρίως από τον δημόσιο τομέα.
- Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν χώρες, όπως: Αγγλία, Δανία, Ιρλανδία.

- Στην Δανία οι παροχές είναι συνάρτηση του εισοδήματος των εργαζομένων.

3. Στην Τρίτη ομάδα ανήκουν οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου: Ελλάδα, Ισπανία,
Ιταλία, Πορτογαλία.

Κύρια χαρακτηριστικά:

- Μικτό σύστημα, με στοιχεία και από τα δύο συστήματα.
- Χρηματοδότηση από εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών.
- Τομέας Υγείας από φορολογικά έσοδα.

Στην Ε.Ε. δεν υπάρχει κοινή πολιτική σε θέματα περίθαλψης. Παραμένουν στη δικαιοδοσία των κρατών-μελών.
Υπάρχει μια διαρκής σύγκρουση ανάμεσα στις απόψεις για διατήρηση ή μείωση τουκράτους πρόνοιας. Στη Γαλλία θεσπίζεται ειδικός φόρος για την υγεία με παράλληλη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών για να μην υπάρξουν αντιδράσεις.
Στη Σκανδιναβία το 20% των δαπανών υγείας προέρχεται από συμμετοχή των πολιτών, κάτι που γίνεται ανεπίσημα και στις χώρες της Νότιας Ευρώπης. Στην Ολλανδία και τη Γερμανία επιτρέπεται η ελεύθερη επιλογή ταμείου πάνω από ένα εισόδημα. Στη Γαλλία συμμετέχουν οι ασφαλισμένοι κατά 30% στις ιατρικές υπηρεσίες, 35% στα φάρμακα, 40% στις εργαστηριακές εξετάσεις και 20% στην εισαγωγή στο νοσοκομείο.
Γενικά υπάρχει η τάση ενδυνάμωσης των ταμείων με συμβάσεις με νοσοκομεία του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα με ελεγχόμενο κόστος υπηρεσιών και αποτροπή της προκλητής ζήτησης. Η αύξηση των δαπανών αναγκάζει και χώρες με πατροπαράδοτα δημόσια συστήματα καθολικής ασφάλισης, στην ανάπτυξη ιδιωτικού συμπληρωματικού δικτύου (Μ.Βρετανία, 1987).

4. ΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του υγειονομικού τομέα της χώρας. Ο υγειονομικός τομέας απορροφά το 8% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού της χώρας.

Εάν εξετάσουμε το σύστημα υγείας από άποψη οργάνωσης και λειτουργίας μπορούμε να καταγράψουμε μια σειρά από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ιδιομορφίες και αδυναμίες. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά τα οποία συγκεντρώνει είναι τα ακόλουθα (ΕΠ ΚΤΠ Γ΄ΚΠΣ ,2001):

Μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα με πολλές ιδιαιτερότητες

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο, σε μεγάλο βαθμό, στην κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των διάφορων επαγγελματικών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα το μοντέλο αυτό οδηγείται σταδιακά προς ένα σύστημα υγείας που από άποψη χρηματοδότησης τουλάχιστον- εξαρτάται

κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), ενώ ο παραδοσιακός ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης στην κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας αποδυναμώνεται χρόνο με τον χρόνο, χωρίς αυτό να αποτελεί συνειδητή επιλογή ούτε της κυβέρνησης ούτε βέβαια των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα *μικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα* -όπως συμβαίνει σήμερα, λιγότερο ή περισσότερο, με όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα-, στο οποίο ο δημόσιος τομέας έχει τον κυρίαρχο ρόλο (υποδομές, χρηματοδότηση, εξουσία), τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία έχουν δευτερεύοντα ρόλο και περιορισμένη παρουσία, ενώ ο ιδιαίτερα μεγάλος ιδιωτικός τομέας απορροφά περισσότερο από το 1/3 των συνολικών δαπανών υγείας.

Με βάση την τυπολογία που υιοθετείται από τον ΟΟΣΑ, το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μείγμα του δημόσιου μοντέλου με συμβάσεις και του δημόσιου ολοκληρωμένου μοντέλου, ενώ συνυπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία και των τεσσάρων από τα υπόλοιπα πέντε μοντέλα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Η κάλυψη των ασφαλισμένων του ΟΓΑ από τις υποδομές του ΕΣΥ, των ασφαλισμένων του ΙΚΑ για πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα πολυϊατρεία του και των δημόσιων υπαλλήλων από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ γίνεται βάσει του ολοκληρωμένου μοντέλου.
- Αντίθετα, η νοσοκομειακή περίθαλψη για όλους τους ασφαλισμένους, πλην του ΟΓΑ και του Δημοσίου, αλλά και η πρωτοβάθμια περίθαλψη για μια σειρά από ταμεία (ΤΕΒΕ, Οίκος Ναύτου, Δημόσιοι f Υπάλληλοι κ.λπ.) ακολουθεί το δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις.
- Το εθελοντικό μοντέλο με πληρωμή από τον ασθενή συναντάται κυρίως στις περιπτώσεις προσφυγής στον ιδιωτικό τομέα και της ανάληψης στη συνέχεια του κόστους αποκλειστικά από τον ασθενή.
- Το εθελοντικό μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται στη χώρα μας στις περιπτώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, κατά τις οποίες ο ασθενής προσφεύγει συνήθως στον ιδιωτικό τομέα, πληρώνει και στη συνέχεια υποβάλλει τις αποδείξεις στην ασφαλιστική εταιρεία, για να εισπράξει μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλε.
- Το δημόσιο μοντέλο με αποζημίωση του ασθενή συναντάται σε ορισμένα μικρά ταμεία (τραπεζικών, δικηγόρων κ.ά.), στα οποία οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι **να** προσφύγουν σε συμβεβλημένους ή μη γιατρούς, οδοντίατρους και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα και στη συνέχεια να υποβάλουν τα δικαιολογητικά στο ταμείο τους, για να εισπράξουν μέρος ή ολόκληρο το ποσό που κατέβαλαν.
    - Τέλος, το εθελοντικό ολοκληρωμένο μοντέλο άρχισε να εμφανίζεται πρόσφατα και στη χώρα μας. Αναφερόμαστε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες με ιδιόκτητες υποδομές παρέχουν στους ασφαλισμένους τους και ασφάλιση και παροχή υπηρεσιών μαζί.

Διαφορετικά υποσυστήματα / κατακερματισμένος υγειονομικός τομέας

Σήμερα στη χώρα μας εκτός του εθνικού (δημόσιου) συστήματος υγείας (ΕΣΥ) συνυπάρχουν και λειτουργούν με σχετική αυτονομία άλλα δύο, εντελώς διαφορετικά και ασύνδετα υποσυστήματα: του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν:

- Οι δομές, οι υποδομές και η στελέχωση του ΕΣΥ (κυρίως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και το ΕΚΑΒ). Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού διέπονται από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και το μετέπειτα συμπληρωθέν θεσμικό πλαίσιο. Η αρμοδιότητα και ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Οι δομές, οι υποδομές και το προσωπικό κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και κάποιων άλλων ασφαλιστικών ταμείων, που λειτουργούν με διαφορετικό εργασιακό καθεστώς για τους γιατρούς, αλλά το σημαντικότερο είναι ότι προσφέρουν διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις στους δικαιούχους τους. Η αρμοδιότητα και ευθύνη για τους κλάδους υγείας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας·ουσιαστικά όμως λειτουργούν με ευθύνη των ίδιων των ασφαλιστικών φορέων υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Ο μεγάλος ιδιωτικός τομέας με τα πολλά διαγνωστικά κέντρα και τις κλινικές, τα μαιευτήρια, τα εργαστήρια, τα ιατρεία και οδοντιατρεία, ο οποίος κατά το ήμισυ τουλάχιστον «χρηματοδοτείται» από δημόσιους πόρους, κυρίως μέσω των συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία, και κατά το υπόλοιπο από ιδιωτικές πληρωμές των ίδιων των ασθενών. Η αρμοδιότητα και η ευθύνη ανάπτυξης και λειτουργίας ανήκει τυπικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Επικαλύψεις και υγειονομικές ανισότητες

Τα τρία αυτά υποσυστήματα λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, ιδιαίτερα όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, αφού ως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτονται όλοι κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Συνεπώς, το δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού τομέα είναι ο πολυκερματισμός και οι διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις.

Δημόσια υγεία και πρωτοβάθμια φροντίδα: οι αδύνατοι κρίκοι του συστήματος

Το όλο σύστημα εμφανίζει **σοβαρές αδυναμίες** στην ανάπτυξη-οργάνωση και κατά συνέπεια στην ικανοποιητική κάλυψη των αναγκών **δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας.** Οι υποδομές, η στελέχωση, η χρηματοδότηση, η οργάνωση και η λειτουργία των τομέων αυτών δεν είναι σήμερα επαρκείς.

- Όσον αφορά τη *δημόσια υγεία*, έχει διαπιστωθεί μεγάλη έλλειψη σε εργαστήρια αλλά και σε ειδικευμένους γιατρούς. Ο ρόλος των τελευταίων καθορίζεται με βάση ξεπερασμένες αντιλήψεις για τη δημόσια υγεία και

έχει περισσότερο γραφειοκρατικό χαρακτήρα, παρά ουσιαστικό επιχειρησιακό περιεχόμενο.

- Όσον αφορά την *πρωτοβάθμια φροντίδα,* η κατάσταση στις αγροτικές περιοχές βελτιώθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια με τη λειτουργία των κέντρων υγείας. Στις αστικές και ημιαστικές περιοχές, αντίθετα, παρουσιάζονται σημαντικές ελλείψεις, πολυκερματισμός και διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η *απουσία οικογενειακού γιατρού,* με αποτέλεσμα αφενός να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αφετέρου το περιεχόμενο της φροντίδας συχνά να συρρικνώνεται σε στοιχειώδη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη ή -ακόμη χειρότερα- σε απλή συνταγογραφία. Ιατροπροληπτικές υπηρεσίες (εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας κ.λπ.) και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας συνήθως δεν αποτελούν μέρος της καθιερωμένης δέσμης των παρεχόμενων φροντίδων.

Κτίρια και τεχνολογία

Όσον αφορά την *κτιριακή και τεχνολογική υποδομή,* η κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά με την ολοκλήρωση της εκτέλεσης του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης στην υγεία. Προστέθηκαν στο δυναμικό της νοσοκομειακής περίθαλψης περίπου 5.000 νέες κλίνες (ανέγερση 16 νέων νοσοκομείων και επέκταση άλλων 22 ήδη λειτουργούντων), ανεγέρθησαν κτίρια για 6 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, για το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας, κτίρια του ΕΚΑΒ σε 6 μεγάλες πόλεις κ.λπ. Ελλείψεις παρατηρούνται μόνο σε ειδικές κλίνες, όπως, για παράδειγμα, αυτές της εντατικής θεραπείας, της φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης..

Πληθωρισμός γιατρών και ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό

Το υγειονομικό σύστημα υποφέρει από *πληθωρισμό* γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, με αποτέλεσμα να αρχίζουν και στη χώρα μας να δημιουργούνται αφενός σοβαρά προβλήματα απασχόλησης τους και αφετέρου ευνοϊκές συνθήκες αύξησης των δαπανών υγείας, κυρίως μέσω της προκλητής ζήτησης. Η απουσία πολιτικών ελέγχου της παραγωγής τους προβλέπεται να επιδεινώσει την κατάσταση.

Παρά τον μεγάλο συνολικά αριθμό γιατρών *η κατανομή στις ειδικότητες δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες* της χώρας, με αποτέλεσμα να έχουμε υπερεπάρκεια σε κάποιες ειδικότητες, όπως, για παράδειγμα, σε αυτές της γενικής χειρουργικής και γυναικολογίας, και μεγάλες ελλείψεις στη γενική και κοινωνική ιατρική, στην ιατρική της εργασίας και σε άλλες. Σε αυτές τις ελλείψεις μπορεί εν μέρει να αποδοθεί και η αδυναμία ικανοποιητικής ανάπτυξης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως προαναφέρθηκε. Όσον αφορά τους άλλους επαγγελματίες υγείας,

επισημαίνουμε απλώς τις σημαντικές ελλείψεις *σε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό,* αλλά και την απουσία ειδικών επιστημόνων από την οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας

<u>Χαμηλή παραγωγικότητα, αντιοικονομική λειτουργία, ανυπαρξία κινήτρων</u>

Η παραγωγικότητα του προσωπικού χαρακτηρίζεται χαμηλή και η λειτουργία των περισσότερων μονάδων υγείας του ΕΣΥ κρίνεται αντιοικονομική, αφού πολλά νοσοκομεία έχουν μέση ετήσια κάλυψη κλινών μικρότερη του 50%. Επιπλέον *δεν προσφέρονται κίνητρα* στο προσωπικό για τη βελτίωση της παραγωγικότητας και την αύξηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

<u>Απουσία αξιόπιστων χρηματοδοτικών μηχανισμών και μεγάλη παραοικονομία</u>

Η χρηματοδότηση του συστήματος *παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα*, αφού απουσιάζουν τόσο οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όσο και μέτρα ελέγχου του κόστους. Καταρχήν η σταδιακή μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία στον κρατικό προϋπολογισμό εντείνει τον άδικο κοινωνικά τρόπο χρηματοδότησης λόγω του αντιστρόφως προοδευτικού χαρακτήρα του φορολογικού μας συστήματος, που γίνεται ακόμη περισσότερο άδικος λόγω της παραοικονομίας. Η έντονη και ανορθόδοξη παρουσία του κράτους, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καθορισμό πολύ χαμηλών τιμών και νοσηλίων για τις υπηρεσίες υγείας, δεν επιτρέπει την άσκηση πολιτικής ούτε από τα ασφαλιστικά ταμεία ούτε από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ. Επιπλέον, οι ανεπάρκειες και ελλείψεις του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση τεχνολογίας υψηλού κόστους και η λειτουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης, αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και ευνοούν την *παραοικονομία.*

<u>Συγκεντρωτισμός και γραφειοκρατία</u>

Οργανωτικά/διοικητικά το σύστημα παραμένει έντονα *συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό,* χωρίς ισχυρή μέχρι σήμερα περιφερειακή διάρθρωση.

<u>Ο χρήστης/ασθενής δεν έχει λόγο και συμμετοχή στο σύστημα</u>

Ο χρήστης/ασθενής παραμένει στο ελληνικό σύστημα υγείας πλήρως *αποδυναμωμένος,* χωρίς λόγο και δυνατότητα παρέμβασης στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της υγειονομικής πολιτικής, αλλά και χωρίς δικαιώματα στην πράξη. Από την άλλη μεριά ο χρήστης/ασθενής είναι συχνά απροστάτευτος από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας(ΕΠ ΚΤΠ Γ΄ΚΠΣ ,2001). .

6.ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν το σύνολο των υπηρεσιών, μέσω των οποίων παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες διακρίνονται σε υπηρεσίες που παρέχουν φροντίδες υγείας και σε υπηρεσίες που παρέχουν περίθαλψη. Για παράδειγμα τα Νοσοκομεία αποτελούν οργανισμούς στους οποίους επιτελούνται ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες με σκοπό τη διάγνωση των ασθενειών και τη θεραπεία των ασθενών

Το σύνολο των διαδικασιών μέσω των οποίων συντονίζονται και εναρμονίζονται οι παραγωγικοί πόροι (ανθρώπινο δυναμικό, υλικοτεχνική υποδομή) προκειμένου να επιτευχθούν συγκεκριμένα αποτελέσματα στα νοσοκομεία αποτελούν τη διοίκηση. Είναι προφανές ότι η ίδια λειτουργία και επομένως και η επιτυχία του Νοσοκομείου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την αποτελεσματικότητα του στο σύνολο του. Εκτός αυτού, η δομή και ο τρόπος διοίκησης του δημόσιου Νοσοκομείου, όπως αυτά καθορίζονται από το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας μας, επηρεάζει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του. Αυτό ειδικά σήμερα είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα με τα μεγέθη των δημοσιονομικών ελλειμμάτων που δημιουργούνται από τον κλάδο της Δημόσιας Υγείας.

Οι Steinman and Zweifel υποστηρίζουν ότι δεν χρειάζεται να προσδιορίσουμε την αποδοτικότητα σε επιχειρήσεις που είναι σε ανταγωνιστικές αγορές, μια και οι αποδοτικές εταιρίες έχουν κέρδη και έτσι είναι ικανές να προσελκύσουν κεφάλαια. Παρόλα αυτά ο κλάδος των νοσοκομείων δεν θα χαρακτηρίζεται από ανταγωνισμό στο κοντινό μέλλον. Αν και οι ασφαλιστικές εταιρίες σε πολλές χώρες (για παράδειγμα η Γερμανία, Η Ολλανδία και η Ελβετία) συνεχώς εκτίθενται στον ανταγωνισμό και προσπαθούν να ελέγξουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, τα κίνητρα του μάνατζμεντ των νοσοκομείων για αποδοτικότητα στην παραγωγή των υπηρεσιών των νοσοκομείων συνεχίζουν να μειώνονται, κυρίως εξαιτίας των μεγάλων επιχορηγήσεων από το κράτος και τις τοπικές κυβερνήσεις. Επιπλέον, υπάρχει νομοθεσία που έχει δημιουργήσει εμπόδια για την εισαγωγή στον κλάδο, οπότε εμποδίζουν τους πιθανούς ανταγωνιστές.

Παρόλα αυτά η αποδοτικότητα αξιολογεί τα αποτελέσματα του Νοσοκομείου, σε σχέση με τις εισροές που χρησιμοποιούνται (ανθρώπινο δυναμικό, χρήματα και υλικοτεχνική υποδομή). Η αποδοτικότητα συνιστά στόχο της εκάστοτε διοίκησης της κάθε μονάδας υγείας, σε αντίθεση με το στόχο του ιατρικού προσωπικού που είναι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών τους

.Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το υψηλό κόστος της ιατρικής συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας .Η αποδοτικότητα ενός οργανισμού του κλάδου της υγείας θεωρείται ως μέγιστη, όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος ή υπηρεσίας παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην άριστη ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μεγαλύτερη δυνατή ποσότητα προϊόντος ή υπηρεσίας

Η αποδοτικότητα μιας μονάδας υγείας, για παράδειγμα ενός νοσοκομείου, μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με την επικέντρωση στο κόστος, στην παραγωγικότητα, στην οικονομική αποδοτικότητα, στο χρόνο ανταπόκρισης, στη λειτουργική αποδοτικότητα και στην τεχνική αποδοτικότητα . Συγκεκριμένα, το κάθε είδος αποδοτικότητας εξηγείται ως εξής

- Η μέτρηση της αποδοτικότητας του κόστους περιέχει τη σύγκριση του προβλεπόμενου κόστους με το πραγματικό κόστος. Η διαδικασία της ανάπτυξης ενός προτύπου με το οποίο θα συγκρίνεται η πραγματική κατανάλωση μπορεί να είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα.

- Η παραγωγική αποδοτικότητα αναλύει τη σχέση μεταξύ των επιπέδων εργασίας και της παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

- Η οικονομική αποδοτικότητα είναι μια αξιολόγηση του συνολικού ποσού των πόρων που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία μιας μονάδας εκροών.

- Η μελέτη που εξετάζει πόσο γρήγορα οι διαδικασίες μπορούν να ανταποκριθούν σε μια απαίτηση για εκροή, εξετάζει την αποδοτικότητα του χρόνου ανταπόκρισης.

- Η λειτουργική αποδοτικότητα υφίσταται όταν έχει επιτευχθεί η μέγιστη δυναμικότητα όλων των πόρων.

- Παρόμοια με τη λειτουργική αποδοτικότητα, η τεχνική αποδοτικότητα εξετάζει τις εισροές που χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία εκροών, με επικέντρωση στη μεγιστοποίηση της χρήσης των πόρων. Η βελτιστοποίηση επιτυγχάνεται όταν η τεχνική αποδοτικότητα έχει επιτευχθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε καμία άλλη προσπάθεια αναδιοργάνωσης δεν μπορεί να βελτιώσει την χρήση των πόρων.

Αναφορικά με το αντικείμενο της μέτρησης της αποδοτικότητας οι αποφάνθηκαν ότι πολλοί δείκτες ποιότητας και αποδοτικότητας που χρησιμοποιούνται από τα στελέχη των νοσοκομείων στο γενικό επίπεδο δεν θεωρούνται ως έγκυροι. Μέρος της πρόκλησης της ανάλυσης της αποδοτικότητας είναι η αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των συνηθέστερων εναλλακτικών που χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές και αυτούς που λαμβάνουν αποφάσεις (Harrison et al., 2004).

Σύμφωνα με τους White and Okzan (1996) ο συνηθέστερος τρόπος μέτρησης της αποδοτικότητας, είναι η συλλογή και ανάλυση στατιστικών δεδομένων. Αυτό περιλαμβάνει σύγκριση του πρόσφατου αριθμού των εργαζόμενων νοσηλευτριών, των κλινών, των εξιτηρίων, και των λειτουργικών εξόδων από προηγούμενα έτη, με ένα πιο πρόσφατο έτος. Αν το σύνολο των εξιτηρίων για ένα νοσοκομείο έχει αυξηθεί στη διάρκεια του χρόνου σε ένα μεγαλύτερο ρυθμό από αυτό της αύξησης του προσωπικού και των αμοιβών, τότε μάλλον η αποδοτικότητα του έχει βελτιωθεί.

6.1 Αποδοτικότητα και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας

Σε επίπεδο υπηρεσίας ή συστήματος υγείας, η αποδοτικότητα προσδιορίζεται με το λόγο των εισροών προς τις εκροές, όπου εκροές είναι είτε ενδιάμεσες είτε τελικές και οι εισροές μετρώνται σε φυσικές ή χρηματικές μονάδες. Στα Νοσοκομεία στις εισροές περιλαμβάνονται το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, οι διαθέσιμες κλίνες, και στις ενδιάμεσες εκροές περιλαμβάνονται ο αριθμός των χειρουργικών ή εργαστηριακών πράξεων καθώς και ο αριθμός των νοσηλευθέντων, ενώ στις εκροές οι δείκτες νοσηρότητας ή θνησιμότητας (Μποστανίτης και Τσαλίδου, 2008).

Χρήσιμο εργαλείο στη μέτρηση της αποδοτικότητας αποτελεί η συνάρτηση παραγωγής, που αποτυπώνει εννοιολογικά την τεχνική σχέση που υπάρχει μεταξύ των παραγόμενων αγαθών των υπηρεσιών ή συστημάτων υγείας και των παραγωγικών συντελεστών τους, στη βραχυχρόνια ή τη μακροχρόνια περίοδο. Ως βραχυχρόνια περίοδος ορίζεται το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο η ποσότητα ορισμένων από τους παραγωγικούς συντελεστές που χρησιμοποιούνται από την υπηρεσία υγείας δεν μεταβάλλεται. Οι συντελεστές αυτοί ονομάζονται σταθερές εισροές (πχ.ιατρική τεχνολογία, κτιριακές υποδομές κ.α.), ενώ οι συντελεστές των οποίων η ποσότητα μεταβάλλεται ονομάζονται μεταβλητές εισροές (πχ.εργασία, ώρες απασχόλησης). Αντίθετα η μακροχρόνια περίοδος αναφέρεται σε ένα ευρύ χρονικό διάστημα, κατά το οποίο όλοι οι συντελεστές παραγωγής μεταβάλλοντα. (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Η σχέση μεταξύ των εκροών και των εισροών ενός παραγωγικού συστήματος, μπορεί να αποδοθεί μαθηματικά από τη σχέση :

$$Qi = \{(X1,X2,X3....Xn), (S1, S2, S3, ...Sm)\}$$

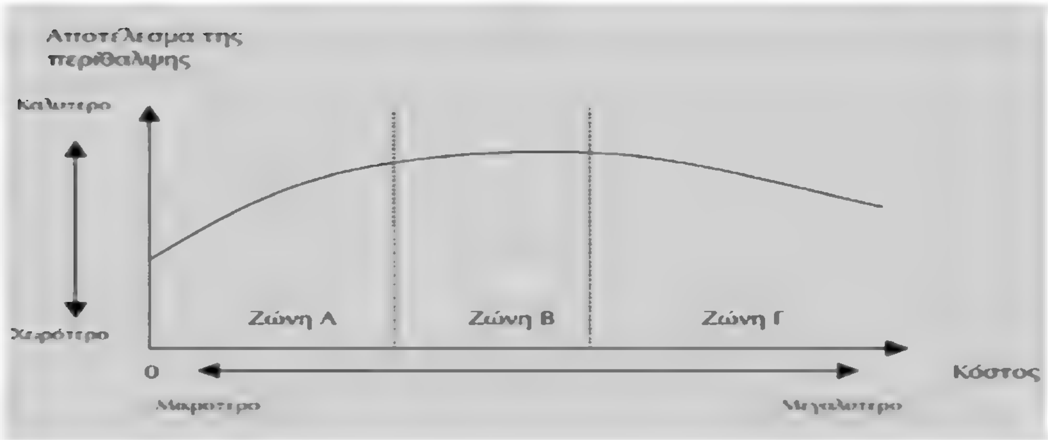
‘Οπου : Qi = Εκροές

Xn = Μεταβλητές εισροές

Sm = Σταθερές εισροές

- Εικόνα 1: Συνήθης μεταβολή της αποδοτικότητας μιας επένδυσης υγείας σε σχέση με το κόστος της

ΣΥΝΗΘΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΙΑΣ ΕΠΕΝΔΥΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ



Πηγή: Williams, S.J and Torrens, P.R.(1980) *Introduction to health services*. New York, John Wiley & Sons. Στο Τούντας, Γ. και Οικονόμου, Ν. (2007) Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24, 1, σελ.34-47.

Σε κάθε παραγωγική διαδικασία υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός εισροών, πχ. περιβαλλοντικών, ψυχολογικών, οικονομικών, κοινωνικών, υγειονομικών, που μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση υγείας μιας ομάδας ή πληθυσμού. Το κύριο πρόβλημα είναι ότι ένας μεγάλος αριθμός αυτών των παραγόντων είναι ποιοτικός και δεν μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά, για αυτό και συνήθως στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας εξετάζεται η επίδραση μόνο των υγειονομικών εισροών στην παραγωγική διαδικασία. Σε ότι αφορά τις εκροές, σε ότι αφορά στα συστήματα υγείας παρουσιάζονται συνήθως υπό τη μορφή δεικτών υγείας κατάλληλων για τους σκοπούς της έρευνας. Έτσι ως συνολικοί επιτελικοί δείκτες έχουν χρησιμοποιηθεί απλοί ή σύνθετοι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας, ανικανότητας-αδυναμίας και ποιότητας ζωής. Στις υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούνται συνήθως ενδιάμεσες εκροές (Υφαντόπουλος, 2003) .

Βασικό αντικείμενο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας με τις μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς είναι η επιχειρησιακή ικανότητα των υπηρεσιών στη διοίκηση και τη διαχείριση των πόρων. Αυτή η ικανότητα αναφέρεται ως τεχνική αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας (technical efficiency) και μετριέται υπό πραγματικές συνθήκες, σε αντίθεση με την τεχνική αποδοτικότητα προγραμμάτων υγείας, που συνήθως μετριέται υπό πειραματικές συνθήκες με στοιχεία που προκύπτουν από κλινικές δοκιμές (Palmers and Torgerson, 1999; Worthington, 2004).

Μια δεύτερη μορφή αποδοτικότητας που χρησιμοποιείται στις μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης είναι η αποδοτικότητα κατανομής των υπηρεσιών υγείας (allocation efficiency), που αναφέρεται στο αν και κατά πόσο η αναλογία μια μονάδα υγείας επιλέγει την άριστη αναλογία εισροών (ιατρών,

μηχανημάτων κλπ.), δεδομένων των σχετικών τιμών τους. Μπορεί έτσι μια μονάδα υγείας να είναι τεχνικά αποδοτική αλλά να μη διαθέτει αποδοτικότητα κατανομής, αφού με μια μερική υποκατάσταση μιας εισροής της από μια άλλη (πχ. ιατρών από νοσηλευτές) θα μείωνε το κόστος λειτουργίας (Worthington, 2004; Αλετράς, 1997). Ο συνδυασμός τεχνικής αποδοτικότητας και αποδοτικότητας κατανομής ονομάζεται συνολική οικονομική αποδοτικότητα (total economic efficiency) (Worthington, 2004). Η εκτίμηση της αποδοτικότητας παραγωγής πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τη διάρθρωση και τη σοβαρότητα των περιστατικών που αντιμετωπίζει η υπηρεσία υγείας, τις εκάστοτε τεχνολογικές δυνατότητες και τις κυριότερες περιβαλλοντικές συνθήκες (πχ. δομή αγοράς, κοινωνικοοικονομική κατάσταση ασθενών) (Peacock et al., 2001; Fried et al., 1993).

Οι μέθοδοι συγκριτικής ανάλυσης, με βάση τα σημεία αναφοράς που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας μονάδων υγείας είναι οι εξής:

- ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας (simple ratio analysis)
- ανάλυση κόστους μονάδας (unit cost analysis)
    - παραμετρικές μέθοδοι και ιδιαίτερα η ανάλυση στοχαστικών συνόρων (stochastic frontier analysis, SFA)
    - μη παραμετρικές μέθοδοι και ιδιαίτερα η περιβάλλουσα ανάλυση δεδομένων (data envelopment analysis, DEA)

η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας περιορίζεται στη σύγκριση δύο μεταβλητών, μιας όπου μετράει την ποσότητα μιας εισροής και μιας που μετράει την ποσότητα μιας εκροής. Μπορεί να υπολογιστεί μια σειρά τέτοιων λόγων, ανάλογα με το επιδιωκόμενο εύρος της μελέτης και τη διαθεσιμότητα των δεδομένων. Η ανάλυση απλού λόγου παραγωγικότητας χρησιμοποιείται είτε όταν τα διαθέσιμα στοιχεία δεν επιτρέπουν την εφαρμογή περισσότερο εξελιγμένων τεχνικών, είτε ως πρόδρομος τέτοιων εφαρμογών.

Η ανάλυση κόστους μονάδας υπολογίζει τα κόστη μονάδας, που είναι τα κόστη των εισροών προς μια μεταβλητή εκροών. Πρώτα υπολογίζεται το κόστος της κάθε εισροής ξεχωριστά με βάση την τιμή της και στη συνέχεια αθροίζονται τα κόστη για να σχηματιστεί ο αριθμητής του κλάσματος. Πολλοί τέτοιοι δείκτες, που ο καθένας αφορά σε μια διαφορετική εκροή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αποτυπώσουν την όλη διαδικασία παραγωγής. Το πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η συμπερίληψη πολλών διαφορετικών εισροών στον υπολογισμό του δείκτη αποδοτικότητας, το μειονέκτημα της όμως είναι η μειωμένη αξιοπιστία της και για αυτό η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται ελάχιστα σήμερα (Peacock et al., 2001).

Με τις μετρήσεις αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται η διερεύνηση της εξάρτησης της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας από μια σειρά διοικητικούς, οργανωτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επιπλέον, καθίσταται εφικτός ο εντοπισμός προβλημάτων στη διοίκηση και τη διαχείριση των πόρων κατά την εκτέλεση των διαφόρων πράξεων και προγραμμάτων υγείας. Το όφελος που μπορεί να προκύψει είναι η βελτίωση των ενδιάμεσων εκροών και των τελικών αποτελεσμάτων των υπηρεσιών υγείας και η συγκράτηση του κόστους λειτουργίας τους. Ο καθορισμός του υγειονομικού προϊόντος όμως, είναι συχνά δυσχερής λόγω της ποικιλίας φορέων παροχής φροντίδας υγείας (οπότε το αποτέλεσμα υγείας είναι αθροιστικά), του μεγάλου εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών κάθε οργανισμού και της ιδιαίτερης φύσης του υγειονομικού προϊόντος, δηλαδή της υγείας, που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Ο καθορισμός αυτός μπορεί να είναι διαφορετικός για κάθε μέρος του συστήματος υγείας (ιατρός, μάνατζερ, ασθενής, υπουργείο κλπ.) (Γούναρης και συν., 2000). Τέλος, σημαντικότατο πρόβλημα των μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης αποτελεί το γεγονός ότι οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούν συνήθως τις ενδιάμεσες εκροές που παράγονται από μια μονάδα υγείας (πχ. αριθμός νοσηλευόμενων ασθενών, αριθμός χειρουργικών πράξεων) για τον υπολογισμό της τεχνικής αποδοτικότητας. Οι εκροές όμως αυτές δεν μεταφράζονται πάντα σε τελικά αποτελέσματα υγείας. Η τεχνική αποδοτικότητα που υπολογίζεται με αυτόν τον τρόπο θεωρείται μέτρο της «πραγματικής» αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, μόνο στην περίπτωση που τα επιμέρους προγράμματα που εφαρμόζονται είναι τεχνικά αποδοτικά.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης της αποδοτικότητας αποτελεί πρωτεύοντα στόχο στη λειτουργία των μονάδων υγείας-Νοσοκομείων, κυρίως λόγω των πολυάριθμων παραγόντων που την καθιστούν απαραίτητη στο σύγχρονο περιβάλλον. Οι απαιτήσεις των πολιτών στις ανεπτυγμένες χώρες συνεχώς αυξάνουν σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, γεγονός που επηρεάζει τις υπηρεσίες υγείας σε εναρμόνιση με αυτές, και συνεπώς αύξησης των απαιτούμενων οικονομικών πόρων. Έτσι λοιπόν η ζήτηση υπηρεσιών υγείας αυξάνεται, καθώς ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού αυξάνεται και συνεπώς μεταβάλλονται τα δημογραφικά δεδομένα. Συγχρόνως η εμφάνιση νέων ασθενειών, που οφείλονται σε μεγάλο βαθμό του σύγχρονου τρόπου ζωής, ασκεί αυξητικές τάσεις στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και κυρίως νοσοκομειακών (Anand and Smith, 2002).

Στην ελληνική πραγματικότητα το καθεστώς λειτουργίας των δημόσιων Νοσοκομείων που ισχύει τις τελευταίες δεκαετίες δημιούργησε ισχυρά κίνητρα στην κατεύθυνση της δημιουργίας σημαντικών ελλειμμάτων αποδοτικότητας. Συγκεκριμένα οι παράγοντες που συντελούν είναι, η αύξηση του κόστους στα δημόσια Νοσοκομεία, η εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη των καταναλωτών

υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη σύνδεσης αμοιβών, παραγωγικότητας για τους διοικητικούς διευθυντές, η ανυπαρξία οικονομικής υπευθυνότητας εκ μέρους των ιατρών αναφορικά με τους πόρους που καταναλώνουν κατά τη θεραπευτική τους αγωγή, και η μη κερδοσκοπική φύση των νοσοκομείων. Όλοι οι παράγοντες λοιπόν, συντελούν στην μειωμένη αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων και στη διαχρονική συσσώρευση ελλειμμάτων (Αλετράς και συν., 2002).

6.2 .Αποδοτικότητα και οικονομική αξιολόγηση στην υγεία

Η αξιολόγηση της αποδοτικότητας αποτελεί επιμέρους μεθοδολογική προσέγγιση της γενικότερης αξιολόγησης των ιατρικών μέτρων, προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας και αναφέρεται στη συσχέτιση μεταξύ των επιτευχθέντων εκροών τους, με τους ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους (πχ. ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμός, κεφάλαια, υλικά κα.) που χρησιμοποιήθηκαν. Οι εκροές μπορεί να αφορούν στα άμεσα παραγόμενα προϊόντα, δηλαδή τις ενδιάμεσες εκροές (πχ. αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν), και τα τελικά αποτελέσματα στη υγεία (πχ. μείωση βρεφικής θνησιμότητας). Άριστη αποδοτικότητα παρουσιάζει μια ιατρική παρέμβαση, ένα πρόγραμμα ή μια υπηρεσία υγείας όταν σε ένα δοσμένο πλαίσιο ποιότητας και ποσότητας πόρων επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (Cohrane, 1972).

Οι υπηρεσίες υγείας(πχ. κέντρα υγείας, νοσοκομεία) οργανώνουν και εκτελούν ένα συνδυασμό από διαφορετικές ιατρικές πράξεις και προγράμματα υγείας για να πετύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα υγείας. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού εξαρτάται τόσο από την επιλογή ενός κατάλληλου συνδυασμού επιμέρους αποδοτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, όσο και από την ικανότητα των υπηρεσιών να μετατρέπουν ικανοποιητικά τις εισροές σε ενδιάμεσες εκροές κατά την εκτέλεση τους. Η αποτίμηση επομένως της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας λαμβάνει χώρα σε δύο επίπεδα, στο επίπεδο των επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, κυρίως μέσω μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης, και στο επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών, μέσω μεθόδων συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς (Peacock et al., 2001).

Οικονομική αξιολόγηση ονομάζεται η συγκριτική ανάλυση των εναλλακτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας σε σχέση με τα κόστη, μετρούμενα σε χρηματικές μονάδες, και τα αποτελέσματα τους, μετρούμενα σε χρηματικές ή φυσικές μονάδες (Drummond, 1987). Πέρα από τις μελέτες πλήρους οικονομικής αξιολόγησης υπάρχουν και οι μελέτες μερικής αξιολόγησης, που παρέχουν βασικές πληροφορίες για τις ανάγκες των πλήρων οικονομικών αξιολογήσεων (Peacock et al., 2001). Η μερική

αξιολόγηση περιλαμβάνει ένα αριθμό ειδών οικονομικών μελετών που εξετάζουν τα κόστη ή τις συνέπειες, αλλά είτε δεν περιλαμβάνουν μια σύγκριση μεταξύ των εναλλακτικών παρεμβάσεων, είτε δεν συσχετίζουν τα κόστη με τις συνέπειες (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Στις κυριότερες μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης με βάση τα σημεία αναφοράς, χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας διάφορες εισροές(πχ. κόστος λειτουργίας, νοσηλευτές ανά κλίνη, κλίνες ανά κατοίκους κλπ.) και εκροές (πχ.αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, εξιτηρίων), οι οποίες μετρώνται σε φυσικές μονάδες. Οι εκροές είναι συνήθως ενδιάμεσες, κυρίως για πρακτικούς λόγους, αλλά ορισμένες φορές χρησιμοποιούνται και τελικές εκροές, όταν αυτές μπορούν να μετρηθούν σε εύλογο χρονικό διάστημα. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με τις μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης γίνεται ως προς ένα σημείο αναφοράς, δηλαδή ένα ιδανικό επίπεδο απόδοσης, επιλεγμένο είτε με βάση διαχρονικές αποδόσεις, είτε από ένα σύνολο συγκρίσιμων τωρινών μονάδων, είτε τέλος ορισμένο εξωτερικά ως πρότυπο (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Η αναγκαιότητα της αποδοτικής κατανομής των πόρων τεκμηριώνεται και από τη ραγδαία αύξηση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι ανάγκες υγείας πολλαπλασιάζονται διαρκώς, εξαιτίας της αύξησης του μέσου όρου ζωής, της επικράτησης των χρόνιων νοσημάτων, των σύγχρονων απαιτήσεων για ποιοτική ιατρική περίθαλψη και ολιστική ιατρική κα. Το αποτέλεσμα είναι η διερεύνηση των ιατρο-κοινωνικών παροχών και η αυξανόμενη εισαγωγή και χρήση νέων, εξειδικευμένων προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων και δαπανηρών τεχνολογιών στην καθημερινή ιατρική πρακτική. Δεδομένης όμως της στενότητας των διαθέσιμων πόρων, κάθε παρέμβαση η τεχνολογία, είτε είναι παλιά είτε είναι νέα θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο οικονομικής αξιολόγησης. Ακόμη όμως και αν μια ιατρική παρέμβαση είναι θεωρητικά αποδοτική, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι αποδοτική σε κάθε περίπτωση. Η αποδοτικότητα της στην κλινική πρακτική εξαρτάται από την τήρηση ή όχι των ενδείξεων εφαρμογής της, τις συνθήκες, το περιβάλλον και τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται. Επίσης έχει επισημανθεί η ύπαρξη μεγάλων οργανωτικών και διοικητικών ελλείψεων στις υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας, που οδηγούν σε μείωση των παραγόμενων προϊόντων-εκροών, περιορισμό των αναμενόμενων θετικών αποτελεσμάτων στην υγεία του πληθυσμού και σημαντική απώλεια πόρων. Τα προβλήματα αφορούν τόσο στο μακρο-επίπεδο του συστήματος υγείας (έλλειψη σχεδιασμού και προγραμματισμού σε κεντρικό επίπεδο, απουσία διασύνδεσης πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης κ.α.), όσο και το μικρο-επίπεδο των επιμέρους μονάδων υγείας (πχ.ανάπτυξη γραφειοκρατίας και πελατειακών σχέσεων, έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού) (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

6.3 Οικονομική αξιολόγηση

Η οικονομική αξιολόγηση αποτελεί διεθνώς ένα ευρέως αποδεκτό εργαλείο αποτίμησης της φροντίδας υγείας και κύριο μέλημα των οικονομολόγων και προγραμματιστών υπηρεσιών υγείας, γεγονός που αντανακλάται στον αυξανόμενο αριθμό ερευνητικών μελετών στον τομέα αυτό της ιατρικής βιβλιογραφίας (Cunningham, 2001). Η οικονομική αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσει τους διοικούντες να βελτιώσουν την πολιτική φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν., 1999), με την προϋπόθεση ότι ο βασικός στόχος της οικονομικής αξιολόγησης, δηλαδή η μεγιστοποίηση των υγειονομικών αποτελεσμάτων που παράγονται από τους διαθέσιμους παραγωγικούς συντελεστές, εξυπηρετείται παράλληλα με την εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ισότητας (Donaldson, 1998).

Τα στάδια μιας σωστής οικονομικής αξιολόγησης ενός ή περισσοτέρων ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, με βάση τον Drummond (1987) και άλλους ερευνητές, είναι τα ακόλουθα:

- η διατύπωση του ερωτήματος της μελέτης αξιολόγησης και της προοπτικής της (πχ. προοπτική ασθενούς, δημόσιας ασφάλισης, κοινωνική προοπτική) και η επιλογή της μεθόδου αξιολόγησης και του τρόπου συλλογής στοιχείων

- η εκτενής περιγραφή των ανταγωνιστικών εναλλακτικών λύσεων. Επισημαίνεται ότι ακόμα και στην περίπτωση αξιολόγησης μεμονωμένου ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας, υπονοείται ως εναλλακτική λύση η συνέχιση της ισχύουσας πρακτικής

- η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του κάθε ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας

- ο εντοπισμός για όλες τις εναλλακτικές λύσεις κάθε επιμέρους κόστους και αποτελέσματος που θα περιληφθεί στη μελέτη, ανάλογα με την προοπτική της μελέτης. Στην περίπτωση της κοινωνικής προοπτικής, που είναι και η επιθυμητή, όλα τα κόστη και τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται στην ανάλυση

- η ακριβής μέτρηση κάθε κόστους και αποτελέσματος με βάση τις κατάλληλες υιικές μονάδες (πχ. ώρες νοσηλείας, αριθμός ιατρικών επισκέψεων) οι κατάλληλες προσαρμογές κόστους και αποτελεσμάτων με βάση τις χρονικές διαφορές

- η ανάλυση πρόσθετου(incremental) κόστους και αποτελέσματος κάθε εναλλακτικής λύσης. Ο όρος πρόσθετο αναφέρεται στη διαφορά κόστους ή και αποτελέσματος ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα εναλλακτικά μέτρα ή προγράμματα υγείας

- η πρόβλεψη της αβεβαιότητας στην εκτίμηση κόστους και αποτελεσμάτων. Αν υπάρχει αμφιβολία για την ποιότητα και την αξιοπιστία των κλινικών δεδομένων, θα πρέπει να γίνεται ανάλυση ευαισθησίας, ως διαδικασία χειρισμού των αναξιόπιστων ή ελλιπών δεδομένων (Donaldson, 1998)

- η κατάταξη των εναλλακτικών λύσεων με βάση το λόγο αποτελέσματος-κόστους και ενδεχομένως και με άλλα κριτήρια που έχουν επιλεγεί (πχ.απλότητα) (Peacock et al., 2001).

6.4 Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης

Οι κύριες μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης έχουν αναλυθεί από τους Drummond (1987), Donaldson (1990), και Robinson (1993a, και 1993b) και είναι οι ακόλουθες:

- Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis, CEA)

- Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (cost-minimization analysis)

- Ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis, CBA)

- Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis, CUA)

Οι πρώτες δύο μέθοδοι μπορούν να υπολογίσουν την τεχνική αποδοτικότητα παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας, ενώ η τρίτη και η τέταρτη τόσο την τεχνική αποδοτικότητα όσο και την αποδοτικότητα κατανομής. Η μέτρηση του κόστους είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από το είδος ανάλυσης που πραγματοποιείται, ενώ η μέτρηση των αποτελεσμάτων γίνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε μέθοδο.

Η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος είναι η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, όπου ο δείκτης αποδοτικότητας (CER) εκφράζεται ως κόστος σε χρηματικές μονάδες ανά μονάδα αποτελέσματος, σε φυσικές μονάδες

$$CER = \frac{Cost}{Effect}$$

Στο αποτέλεσμα συνεκτιμώνται, εκτός των ιατρικών, και οι κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες των υγειονομικών μέτρων (Τριχόπουλος, 2002). Οι μονάδες αποτελέσματος πρέπει να σχετίζονται με μια τελική εκροή υγείας, όπως το επιπρόσθετο έτος ζωής, ή με μια ενδιάμεση εκροή, όπως ο αριθμός των ασθενών που δέχθηκαν την κατάλληλη αγωγή. Οι ενδιάμεσες εκροές είναι αποδεκτές,

αρκεί να μπορεί να τεκμηριωθεί η σχέση ανάμεσα σε αυτές και στην τελική εκροή υγείας (Drummond, 1987). η πλέον συνηθισμένη μονάδα αποτελέσματος είναι το επιπρόσθετο έτος ζωής χάρη στην παροχή της υπό αξιολόγηση παρέμβαση υγείας.

Η CEA χρησιμοποιείται για τη σύγκριση ιατρικών μέτρων ή προγραμμάτων που αντιμετωπίζουν μια συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση και παρουσιάζουν διαφορετικά κόστη και αποτελέσματα, εκφρασμένα στις ίδιες μονάδες (πχ. χορήγηση δύο διαφορετικών θεραπειών για την ίδια πάθηση). Η CEA μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμα για τη σύγκριση της αποδοτικότητας ιατρικών πρακτικών που εφαρμόζονται σε διαφορετικά υγειονομικά συστήματα (πχ. εφαρμογή του ίδιου προληπτικού προγράμματος σε διάφορες χώρες) (Ellenweig, 1992; Donaldson et al., 2002). Παρόλα αυτά η δεν μπορεί να αξιολογήσει μεμονωμένες πρακτικές υγείας ή να συγκρίνει ανόμοιες πρακτικές (πχ. μια δοκιμασία διαλογής για υπέρταση με ένα εμβόλιο για γρίπη). Αυτά τα μειονεκτήματα οδήγησαν στην ανάπτυξη της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας (Cunningham, 2001).

Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους χρησιμοποιείται για να εντοπιστεί το ιατρικό μέτρο ή το πρόγραμμα υγείας με το μικρότερο κόστος, είτε στην περίπτωση που τα δύο συγκρινόμενα ιατρικά μέτρα ή προγράμματα υγείας θεωρείται ότι παρουσιάζουν τα ίδια αποτελέσματα, είτε στην περίπτωση που κατά την ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας καταλήξουν σε παρόμοια αποτελέσματα. Διαθέτει τα ίδια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα με τη CEA.

Η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας αποτελεί παραλλαγή της CEA, όπου μονάδα αποτελέσματος χαρακτηριζόμενη ως χρησιμότητα (utility), είναι το ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (quality adjusted life year, QUALY). Ο δείκτης κόστους-χρησιμότητας CUR ισούται με :

$$CUR = \frac{\text{cost}}{\text{Utility}}$$

Το QUALY επιχειρεί να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα σε προστιθέμενο ποιοτικά χρόνο ζωής, πολλαπλασιάζοντας κάθε χρόνο ζωής με συντελεστή που κυμαίνεται από το 0 (θάνατος) μέχρι το 1 (πλήρης υγεία) και καθορίζεται από τις προτιμήσεις των ατόμων σε ειδικά ερωτηματολόγια (Τούντας, 1999). Τα πλεονεκτήματα των QUALYs, ως μονάδα μέτρησης των εκβάσεων υγείας, είναι ότι τα οφέλη από την μείωση της νοσηρότητας (ποιοτικά οφέλη) και τη μείωση της θνησιμότητας (ποσοτικά οφέλη), συνδυάζοντας τα σε μία μόνο μονάδα μέτρησης. Οι CUA χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας, όταν η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί τη σπουδαιότερη παράμετρο ή όταν το πρόγραμμα ή τα συγκρινόμενα προγράμματα επηρεάζουν τόσο τη νοσηρότητα όσο και τη θνησιμότητα και επιδιώκεται να έχουν μια κοινή μονάδα μέτρησης της έκβασης. Οι CUA μπορούν ακόμη να συγκρίνουν ανόμοια

προγράμματα υγείας, οπότε προτιμάται για χρηματοδότηση το πρόγραμμα που παρουσιάζει το χαμηλότερο κόστος για κάθε QUALY (Drummond, 1987).

Η ανάλυση κόστους οφέλους υπολογίζει το πηλίκο του κόστους ενός ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας προς τα οφέλη (benefits) του σε οικονομικές μονάδες. Ο δείκτης κόστους-οφέλους (CBR) λοιπόν εκφράζεται ως :

$$CBR = \frac{Cost}{Benefit}$$

Πρόκειται για μία από τις πλέον ολοκληρωμένες μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης και έχει ευρύτερο πεδίο εφαρμογής των CEA/CUA. Μπορεί να συγκρίνει ανόμοια ιατρικά μέτρα ή προγράμματα, αφού έχει τη δυνατότητα να διατυπώνει ερωτήματα αποδοτικότητας κατανομής, αποδίδοντας σχετικές τιμές σε διάφορους στόχους που αφορούν στην υγεία ή άλλους τομείς και προσδιορίζοντας ποιοι στόχοι αξίζει να επιτευχθούν (Drummond, 1987).

6.5 Περιορισμοί στην οικονομική αξιολόγηση

Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας είναι χρήσιμα εργαλεία για τη λήψη αποφάσεων, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή και να επιστρατεύεται πάντα η λογική κρίση των ερευνητών (Gerard et al., 1993). Βασικός περιορισμός των οικονομικών αξιολογήσεων είναι ότι δεν ενσωματώνουν στην ανάλυση τους την κατανομή κόστους και αποτελεσμάτων ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες ασθενών ή πληθυσμιακές ομάδες ασθενών ή πληθυσμιακές ομάδες και τη σημασίας της. Μπορεί, λοιπόν ένα πρόγραμμα υγείας να παράγει σημαντικά αποτελέσματα και να αποτιμάται θετικά, παρόλο που το όφελος του περιορίζεται στις πιο ευκατάστατες ομάδες του πληθυσμού που έχουν τη δυνατότητα να πληρώνουν τη συμμετοχή τους στο κόστος του προγράμματος, με συνέπεια να καταστρατηγείται το κριτήριο ισότητας. Στην πράξη, συχνά η ταυτότητα της ομάδας δέκτη ενός προγράμματος υγείας (φτωχοί, ηλικιωμένοι, εργαζόμενες μητέρες ή μια γεωγραφικά απομακρυσμένη κοινότητα) αποτελεί σημαντικό στοιχείο που οδηγεί στην επιλογή του προγράμματος, παρά τη μικρότερη αποδοτικότητα του (Drummond, 1987).

Ακόμα οι μελέτες οικονομικής αξιολόγησης αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα στη γενίκευση των συμπερασμάτων. Τα συμπεράσματα, δηλαδή, της μελέτης που αφορούν σε μια παρέμβαση που γίνεται σε έναν ορισμένο πληθυσμό, σε έναν ορισμένο τόπο και υπό συγκεκριμένες συνθήκες, δεν μπορεί πάντα να θεωρηθούν ότι ισχύουν σε άλλους πληθυσμούς, υπό άλλες συνθήκες. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι (αναλυτικά μοντέλα απόφασης, μέθοδοι βασισμένες στην

παλινδρόμηση κ.α.) που μπορούν να ελέγξουν τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων αποδοτικότητας και τροποποίησης των δεδομένων κόστους και αποτελεσμάτων, ώστε να μπορούν να υπολογίσουν την αποδοτικότητα ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων σε συνθήκες διαφορετικές από εκείνες που αρχικά εφαρμόστηκαν, χωρίς τη διεξαγωγή νέων μελετών (Schulpher et al., 2004).